



## Chronische Schmerzen vieler Senioren nicht adäquat behandelt

# LONTS und FORTA helfen bei der Therapie

**RHEINFELDEN** – Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko für chronische Schmerzen. Insbesondere in Alters- und Pflegeheimen sind Schmerzpatienten jedoch unversorgt. Wie man diesen Defiziten begegnen kann, erläuterte Dr. Petra Hoederath, Fachärztin für Neurochirurgie und Schmerzspezialistin, Hirslanden Klinik Stephanshorn, St. Gallen, am Rheinfelder Tag Psychosomatik.



Dr. Petra Hoederath  
Fachärztin für Neurochirurgie,  
Hirslanden Klinik Stephanshorn,  
St. Gallen  
Foto: zVg

Die Lebenserwartung in der Schweiz steigt, sie hat sich seit 1876 verdoppelt. Im Jahr 2020 geborene Mädchen resp. Jungen haben eine Lebenserwartung von 85,3 Jahren resp. 81,4 Jahren. Die Kehrseite der Medaille: Im Alter leiden immer mehr Menschen unter Schmerzen:

- 37–57 % der zu Hause lebenden Älteren
- 40–80 % der Pflegeheimbewohner und
- 40 % der Demenzpatienten

Die SHELTER-Studie von 2015 zeigte, dass ein Drittel der deutschen und ein Viertel der europäischen Pflegeheimbewohner trotz mittelstarker bis starker Schmerzen keine oder nur eine Bedarfs-Medikation erhalten, so Dr. Hoederath.

### Mit Pain Detect und ZOPA den Schmerz erfassen

«Schmerz ist, was der Patient sagt» – dieses Credo, vor mehr als 25 Jahren etabliert, hat nichts an Relevanz eingebüsst. Numerische (NRS) und/oder bildliche Schmerzskalen zur Erfassung von Schmerzen sind un-

verzichtbar, um sich ein Bild vom Leiden eines Patienten machen zu können. Als Screening-Instrument für neuropathische Schmerzen hat sich beispielsweise der Pain-Detect-Fragebogen etabliert und ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment) eignet sich für die Beurteilung von Schmerzen bei Demenz. Die Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten und dementen Patienten ist unverändert eine besondere Herausforderung: Über Verhalten, Lautäusserungen, Mimik, Körpersprache oder auch physiologische Indikatoren muss man versuchen, die Schmerzbelastung zu erfassen.

In der Praxis stehen drei Schmerzarten im Vordergrund: **Nozizeptorschmerzen** (vor allem Schmerzen des Bewegungsapparates, Schmerzen bei Entzündungen und viszerale Schmerzen), **neuropathische Schmerzen** aufgrund von peripherer Schädigung (z.B. Trigeminusneuralgie oder Post-Zoster-Neuralgie)

### Kategorien der FORTA-Liste

- **Kategorie A:** Arzneimittel wurde schon an älteren Patienten in grösseren Studien geprüft, eindeutig positive Nutzenbewertung.
- **Kategorie B:** vorteilhaft
- **Kategorie C:** fragwürdig
- **Kategorie D:** diese Arzneimittel sollten vermieden werden.



oder zentraler Schädigung – wegen Entzündungen im ZNS oder Rückenmarksschädigungen und **Mixed Pain**, die sich bei Tumor- oder Rückenschmerz beobachten lassen.

In der Geriatrie kann die Diagnose Hinweise zum Schmerzcharakter und den in Frage kommenden medikamentösen Interventionen liefern. Als spezielle «Schmerzformen» im Alter erwähnte die Expertin

- Schmerz im Zusammenhang mit einem Sturz
- Schmerz als Ausdruck einer Depression
- Schmerzen beim Sterben und
- Schmerzen nach dem Tod eines geliebten Menschen (schmerzende Seele).

Dr. Hoederath plädierte dafür, eine individualisierte, multimodale Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten zu etablieren. Wichtige Komponenten dabei sind Infiltrationen (Sakralblock etc.),

operative Massnahmen unter Beachtung alterstypischer Komorbiditäten, unterstützende psychologische Massnahmen, Physio- und/oder Ergotherapie und die gezielte medikamentöse Schmerztherapie – nicht selten die wichtigste Säule im Therapiekonzept.

### Start low, go slow, don't stop

Die heutigen Schmerzmedikamente lassen sich in folgende Gruppen unterteilen: NSAR, COX-2-Hemmer, trizyklische Antidepressiva, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Antikonvulsiva und Opioide. Bevor man Schmerzmedikamente einsetzt, müssen im Alter häufig veränderte physiologische Prozesse (v.a. pharmakokinetische und pharmakodynamische Veränderungen, aber auch Veränderungen auf Rezeptorebene) bedacht, sowie eine verminderte Nie-

### LONTS-Empfehlungen zur Opioidtherapie

- realistische Therapieziele setzen
- Fahrsicherheit diskutieren
- Indikation regelmässig überprüfen
- Präparate mit verzögerter Freisetzung (oral oder transdermal) bevorzugen
- Höchstdosis von Morphinäquivalenten: 120 mg/d
- keine Bedarfsmedikation mit nichtretardierten Opioiden in der Langzeittherapie
- Opioide können als langfristige Therapieoption angeboten werden

ren- und Leberfunktion in Betracht gezogen werden.

Grundsätzlich gilt für die geriatrische Pharmakotherapie: «Start low, go slow and don't stop». Die LONTS-Guideline von 2020, eine S3-Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen, nichttumorbedingten Schmerzen (s. Kasten oben), empfahl die Referentin ebenso als Basis für therapeutische Entscheidungen wie die FORTA-Liste, eine konsensusbasierte Arzneimittelliste mit den Empfehlungskategorien A, B, C und D für die medikamentöse Therapie im geriatrischen Setting (s. Kasten unten).

In der Rubrik «Chronischer Schmerz» der FORTA-Liste rangieren z.B. NSAR und COX-2-Hemmer in der Kategorie D, Metamizol in der Kategorie B und nur Paracetamol in der Kategorie A. Die Opioide Buprenorphin, Oxycodon, Hydromorphon sind in der Kategorie B, und Morphin, Tapentadol und Tramadol in der Kategorie C gelistet. RW

## CT-gesteuerte Behandlung stärkt Effekt der Steroidinjektion

# Mit pRF Ischialgie lindern

**ROM** – Wenn die konservative Behandlung misslingt, setzen viele Ischiaspatienten mit Bandscheibenvorfall auf eine minimalinvasive Option. Bisher wurde für diese Indikation nur die intraforaminale epidurale Steroidinjektion (TFESI) in den Leitlinien empfohlen, deren Wirkung jedoch meist nur kurz anhält. Ein Forscherteam untersuchte nun, ob eine gepulste Radiofrequenztherapie (pRF) den Effekt verbessert.

Bei dieser CT-gesteuerten Behandlung werden Energiepulse mit einer Sonde direkt auf die irritierte Nervenwurzel an der Wirbelsäule appliziert, was die Weiterleitung der Schmerzsignale an das Gehirn unterbindet.

Als Teilnehmer für ihre Doppelblindstudie rekrutierten die Autoren 351 Patienten mit lumbaler Diskushernie, die seit mindestens zwölf Wochen an einer Ischialgie litten und auf eine konservative Therapie nicht angesprochen hatten. Sie erhielten entweder die Kombination von pRF und TFESI oder nur die

Steroidinjektion, schreiben **Professor Dr. Alessandro Napoli**, Universitätsklinik Umberto I. in Rom, und Kollegen. Primärer Endpunkt war der mittels numerischer Ratingskala (NRS) eingeschätzte Beinschmerz. Sekundär wurde der Grad der Behinderung erfasst.

Der Ausgangswert auf der Schmerzskala war in beiden Gruppen vergleichbar. Schon nach einer Woche zeigte sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den doppelt behandelten Probanden (3,2) und dem TFESI-Kollektiv (5,4). Der Therapieeffekt vergröss-

serte sich bis Woche 52 nach dem Eingriff weiter (1,0 vs. 3,9). Auch in Bezug auf den Grad der Behinderung wirkte sich eine zusätzliche pRF positiv auf das Outcome aus.

### Ambulante Intervention dauert nur zehn Minuten

Die Studie zeigt damit die langfristige Überlegenheit der Kombinationsgegenüber einer TFESI-Monotherapie, schlussfolgern die Autoren. Die Intervention ist in zehn Minuten ambulant durchführbar, verfahrensbedingte Komplikationen traten bei keinem Patienten auf. Durchweg leichtere Nebenwirkungen wurden in der kombinierten Gruppe bei 6 %, unter der reinen Kortikoidtherapie bei 3 % der Behandelten verzeichnet. rft

Napoli A et al. Radiology 2023; doi: 10.1148/radiol.221478

## Alzheimerdemenz: Fortschritt in der Lecanemab-Forschung

# Andockstelle identifiziert

**BOSTON** – Der monoklonale Antikörper Lecanemab verlangsamt in einer Phase-III-Studie den kognitiven Abbau im frühen Stadium der Alzheimerdemenz. Unklar war bisher, an welche Struktur das Molekül bindet. Forscher versuchten nun, diese Wissenslücke zu schließen.

Ein britisch-US-amerikanisches Team um **Dr. Andrew Stern**, Brigham and Women's Hospital, Boston, untersuchte das Hirngewebe verstorbener Alzheimerpatienten auf kleine, lösliche Aggregate des Amyloid- $\beta$ -Proteins. Diese auch Protofibrillen genannten Klümpchen zirkulieren frei in der Hirngewebsflüssigkeit und erreichen so diverse Hirnregionen, wo sie neurotoxisch wirken. Zunächst wiesen die Wissenschaftler nach, dass zumindest manche der Protofibrillen dieselbe atoma-

re Struktur aufwiesen wie die unlöslichen Plaques, die für die Alzheimerkrankheit charakteristisch sind – offenbar können sie zu diesen aggregieren. Dabei zeigte sich auch, dass die winzigen, löslichen Proteinaggregate bis in gedächtnisrelevante Strukturen wie den Hippocampus vordringen.

Ausserdem ergab die Untersuchung, dass Lecanemab an diese diffusionsfähigen Aggregate bindet und sie dadurch neutralisiert. Die Protofibrillen scheinen daher zumindest ein Target für den Antikörper zu sein, der in den USA bereits zur Alzheimertherapie zugelassen ist. Als nächstes möchten die Wissenschaftler herausfinden, wie sich die löslichen Aggregate im Gehirn lebender Tiere ausbreiten. rft

Stern AM et al. Neuron 2023; doi: 10.1016/j.neuron.2023.04.007